

Réforme de la résiliation infra-annuelle en santé

Direction Expertise Règlementaire

DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

Contexte de la réforme

La réforme relative à la **résiliation infra-annuelle** a pour objectif de permettre aux **bénéficiaires d'une complémentaire santé** d'avoir **accès plus aisément** à la **concurrence** par l'assainissement et la fluidification du marché de la complémentaire santé, en les laissant **libres** de **changer d'organismes complémentaires d'assurance (OC)** lorsqu'ils estiment que les garanties proposées et le service rendu ne sont plus à la hauteur de leurs attentes.

Cette nouvelle faculté serait notamment **favorable** aux **retraités** et aux **contrats individuels** qui peuvent subir des hausses de tarifs plus importantes que sur le marché concurrentiel des contrats collectifs destinés aux salariés. Par ailleurs, afin d'améliorer la **transparence des garanties**, il est imposé de **communiquer** le **taux de redistribution des contrats** proposés par l'OC en plus du montant et de la composition des frais de gestion.

Concrètement, il s'agit d'une **extension** du dispositif de **résiliation infra-annuelle** introduit par **la loi Hamon du 17 mars 2014** au domaine de la **complémentaire santé** qui était exclu.

C'est dans ce cadre que la **loi n°2019-733 du 14 juillet 2019** relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé a été promulguée. Le décret d'application de la loi est paru le 25 novembre 2020.

Calendrier de mise en place

Avant 2019

Autre cas de résiliation

(résiliation à l'échéance annuelle, résiliation en raison de modifications contractuelles, etc.)

18 mars 2014

Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation dite loi « Hamon » introduisant la résiliation infra annuelle des contrats IARD → Hors complémentaire santé

2019

15 mai

Accord en commission mixte paritaire (CMP) de la proposition de loi

27 juin

Adoption définitive par l'Assemblée nationale du texte de la commission mixte paritaire

4 juillet

Adoption définitive par le Sénat du texte de la commission mixte paritaire

14 juillet

Promulgation de la loi relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé

2020

1^{er} septembre

Date d'application de l'article 5 relatif à la communication des taux de redistribution (arrêté du 6 mai 2020)

1^{er} décembre

Entrée en vigueur de la loi (art.1 à 3)



Nouvelle faculté de résiliation

Pour qui ?

Souscripteurs en COLLECTIF



Collectif obligatoire et facultatif

- Employeurs ou personnes morales
- Salariés uniquement en collectif facultatif

Souscripteurs en INDIVIDUEL



- Membres participants
- Adhérents
- Assurés



Exclus de la faculté de résiliation infra-annuelle



- Mutuelles
- Institutions de prévoyance
- Société d'assurances



Le salarié dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire

Quel périmètre?

Le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 précise le champ d'application des contrats santé ouverts à la résiliation infra-annuelle.



- Il s'agit des **contrats** ayant pour **objet ou garantie principale** les **frais de soins de santé** « *garanties pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et ne comportant aucune autre garantie...* »



- Mais aussi les **contrats santé** qui **comportent d'autres garanties** et qui sont **limitativement énumérées** par le décret « *garanties couvrant les risques décès, incapacité de travail ou invalidité, ainsi que des garanties d'assistance, de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou d'indemnités en cas d'hospitalisation* ».
- Dans un courrier du 26 novembre 2020, la DSS a précisé que dès lors qu'une autre garantie non listée dans le décret est proposée dans le contrat souscrit, la faculté de résiliation infra-annuelle ne sera pas ouverte.

Dans quel cadre ?

La loi précise que la résiliation infra-annuelle s'applique dans le cadre des « *contrats et règlements d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles et relevant des branches ou des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'Etat* » (art. L. 221-10-2 code de la mutualité, art. L. 113-15-2 code des assurances, art. L. 932-12-1 et art. L. 932-21-2 code de la sécurité sociale).



Contrats

- ✓ **Collectif obligatoire et facultatif** : concerne l'employeur ou la personne morale qui met en place des garanties pour ses salariés (assureurs, institutions de prévoyance et mutuelles)
- ✓ **Individuel** : assuré, adhérent ou membre participant



BIA

- ✓ Le Bulletin Individuel d'Adhésion (BIA) est remis aux salariés dans le cadre des **opérations collectives obligatoires et facultatives** (assureurs, institutions de prévoyance et mutuelles)

Quand ?

Le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 confirme l'entrée en vigueur des dispositions au **1^{er} décembre 2020**, pour les **contrats et adhésions en cours à cette date**.

Le souscripteur d'une assurance complémentaire santé pourra alors **résilier** son contrat d'assurance (assureurs) ou dénoncer son adhésion (mutuelles et institutions de prévoyance) :



Au-delà de la 1^{ère} année de souscription



À tout moment



Sans frais ni pénalités

Information du souscripteur (ou adhérent)

La nouvelle faculté de résiliation doit être mentionnée dans les documents suivants :

<p>Code de la mutualité</p>	<p>Opération COLLECTIVE OBLIGATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bulletin d'adhésion ou le contrat collectif • Document d'information normalisé (IPID) 	<p>Opération COLLECTIVE FACULTATIVE et opération INDIVIDUELLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notice (pour les opérations collectives facultatives) • Règlement (pour les opérations individuelles) • Dans chaque avis d'échéance de cotisation • Document d'information normalisé (IPID)
<p>Code des assurances</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contrat d'assurance • Dans chaque avis d'échéance de prime ou de cotisation • Document d'information normalisé (IPID) 	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Opération COLLECTIVE OBLIGATOIRE (en fonction de la localisation du futur article L. 932-12-1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bulletin d'adhésion ou contrat • Dans chaque avis d'échéance de cotisation • Document d'information normalisé (IPID) 	<p>Opération COLLECTIVE FACULTATIVE et opération INDIVIDUELLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notice d'information ou contrat • Dans chaque avis d'échéance de cotisation • Document d'information normalisé (IPID)



Procédure de résiliation

Dénonciation ou résiliation par le souscripteur

Le souscripteur a le choix entre deux modes de résiliation ou dénonciation :



Lorsqu'il souhaite dénoncer ou résilier son contrat pour **contracter** avec un **nouvel organisme**, il doit **transmettre** la **demande** au **nouvel organisme prenant** qui pourra **effectuer** les **démarches** de **résiliation** ou **dénonciation pour son compte**. La demande peut être transmise :

- sur support papier
- ou tout autre support durable



La **demande** doit **manifestier expressément** la **volonté** de **dénoncer** l'**adhésion** ou de **résilier** le **contrat en cours** et d'**adhérer** ou de **souscrire** un **nouveau contrat** auprès du **nouvel organisme** complémentaire d'assurance.

Lorsqu'il souhaite dénoncer ou résilier son contrat **sans donner de mandat au nouvel organisme prenant**, il doit notifier sa demande au choix parmi les modalités suivantes :

- Lettre ou tout autre support durable
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme complémentaire d'assurance (OC)
- Acte extrajudiciaire
- Mode de communication à distance lorsque l'OC le propose pour la conclusion d'un contrat ou l'adhésion au règlement
- Tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement

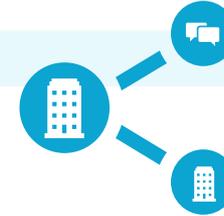
Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Accompagnement par le nouvel organisme



L'organisme choisi doit être en mesure de justifier de la demande :

- de dénonciation ou de résiliation adressée par le souscripteur, avant de procéder aux formalités de résiliation ou dénonciation auprès de l'ancien organisme assureur
- de souscription ou d'adhésion du souscripteur auprès de lui



Il notifie au précédent organisme la dénonciation ou la résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique. La notification mentionne :

- la référence du contrat
- le nom et l'adresse du souscripteur
- le nom du nouvel organisme choisi

La notification rappelle que le nouvel organisme s'assure de la continuité de la couverture durant l'opération de résiliation



Retour de l'ancien organisme résilié ou dénoncé



Demande de dénonciation/résiliation

L'ancien organisme doit :

- réceptionner la demande de dénonciation ou de résiliation (du souscripteur ou du nouvel organisme prenant agissant pour le compte de son futur client)
- confirmer par écrit la réception de la notification de dénonciation ou de résiliation



Avis de dénonciation ou de résiliation

Dès réception de la demande de dénonciation ou résiliation, l'ancien organisme doit :

- communiquer par **tout support durable** au souscripteur un avis de dénonciation ou de résiliation l'informant de la date de prise d'effet
- l'avis rappelle le droit au remboursement du solde restant dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou résiliation



Guide pratique

Il est impératif que l'ancien organisme adresse au nouvel organisme un retour concernant la notification dans les cas suivants :

- Non respect du délai d'1 an prévu par la loi
- La personne indiquée sur la notification n'a pas la capacité à demander la résiliation du contrat
- Résiliation ou dénonciation déjà effectuée
- La notification se rapporte à un contrat, adhésion ou affiliation hors champ de la RIA
- Date d'effet de la résiliation ou dénonciation appliquée par l'ancien organisme n'est pas celle mentionnée dans la notification
- L'ancien organisme souhaite obtenir du nouvel organisme le « mandat » qui lui a été confié par le souscripteur

Sauf dans le cas du « mandat », le processus de résiliation est annulé. Le nouvel organisme interrompt la procédure de souscription.

Effet de la résiliation ou dénonciation



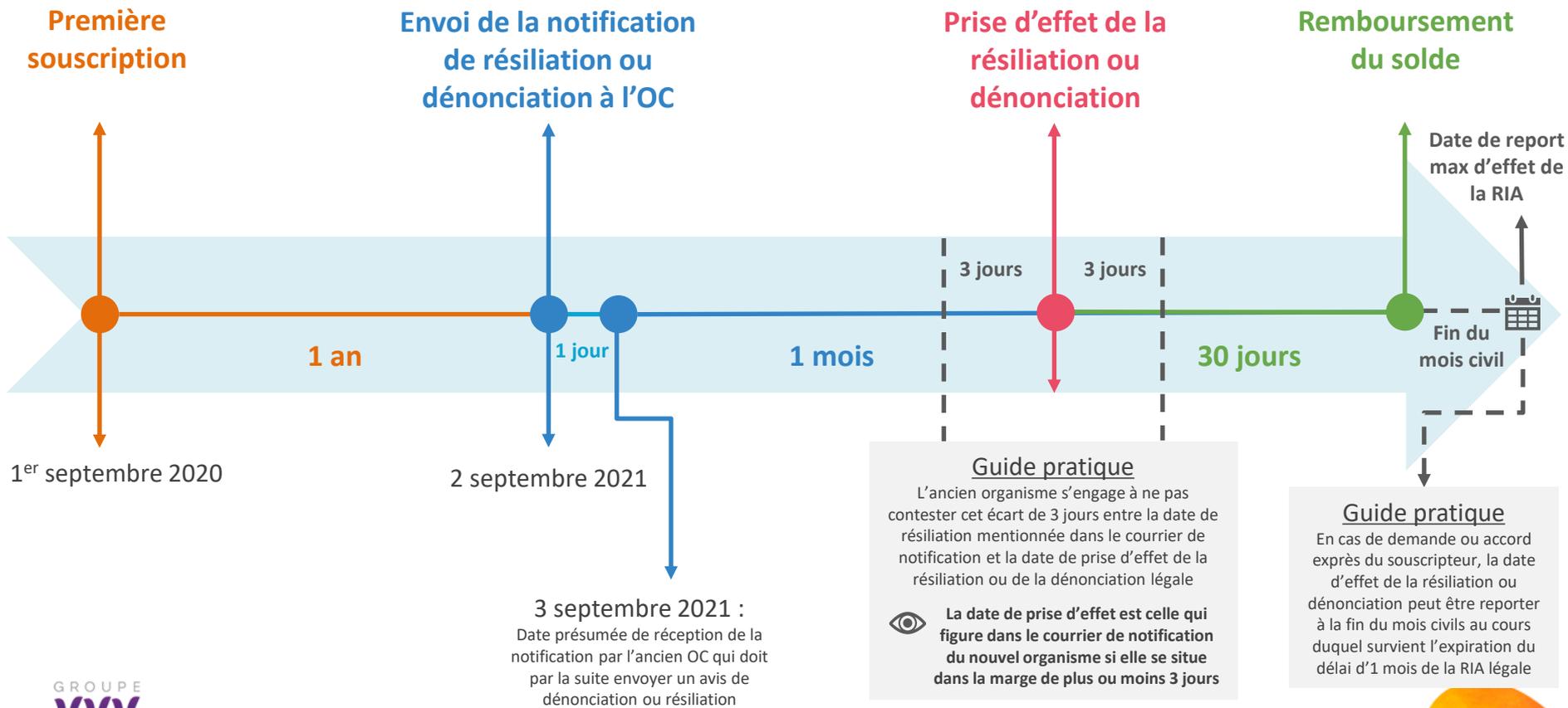
- Le décret précise que la **date de réception** de la **notification** de la dénonciation ou de la résiliation est présumée être le **premier jour qui suit** la **date d'envoi** de cette **notification** telle qu'elle figure sur le cachet de la poste de la lettre recommandée ou, s'il s'agit d'une lettre recommandée électronique, sur la preuve de son dépôt
- La loi précise que la **dénonciation** ou la **résiliation prend effet 1 mois** après **réception** de la **notification** par l'ancien organisme. Donc à la lecture du décret et de la loi, la dénonciation ou la résiliation prend effet **1 mois + 1 jour** à compter de la date d'envoi de la notification.
- Le **souscripteur** n'est alors **redevable** que de la **partie de cotisation** correspondant à la **période** pendant laquelle le **risque est couvert** à savoir jusqu'à la date d'effet de la résiliation du contrat ou de la dénonciation de l'adhésion.
- De son côté, l'**ancien organisme** est tenu de **rembourser** le **solde** au souscripteur dans un délai de **30 jours** à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.
- **A défaut** de **remboursement** dans ce **délai**, les **sommes dues** au **souscripteur produisent** de plein droit des **intérêts de retard** au taux légal.



La nouvelle adhésion ou le nouveau contrat ne peut prendre effet avant la prise d'effet de la dénonciation de l'ancienne adhésion ou la résiliation de l'ancien contrat



Effet de la résiliation ou dénonciation





Nouvelles obligations pour l'organisme complémentaire d'assurance



Il s'agit d'une **obligation renforcée** imposée dans le cadre des dispositions relatives au **contrat responsable** qui conditionne le **bénéfice au régime social et fiscal de faveur** (art. L. 871-1 CSS).
Les taux de redistribution doivent être **communiqués avant la souscription** puis **annuellement** à chaque adhérent ou souscripteur depuis le **1^{er} septembre 2020**.

Cette nouvelle obligation vise à **simplifier** les **informations** transmises aux assurés concernant le **montant des frais de gestion**, des **prestations versées** et des **cotisations** en centrant la communication sur **deux ratios exprimés en pourcentage hors taxes** qui correspondent aux **informations sur la rentabilité technique (ratio P/C) et les frais de gestion** :



- ✓ **Rentabilité technique (ratio P/C)** = Montant des Prestations / Montant des Cotisations ou primes (P/C) au titre de l'ensemble de son portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance
- ✓ **Frais de gestion (FG/C et composition des FG)** = Montant total des Frais de Gestion / Montant des Cotisations ou primes, ainsi que la composition des Frais de Gestion (FG)

Définitions

L'arrêté du 6 mai 2020 donne des précisions sur la notion de prestations, cotisations ou primes et frais de gestion :



Les prestations

Les prestations correspondent aux versements effectués et provisionnés par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties entrant dans la catégorie «frais de soins» au sens des documents prudentiels annuels dénommés «**état FR1403-01**», «**état FR1403-03**» et «**état FR1303**», définis par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).



Les cotisations ou primes

Les cotisations ou primes correspondent au montant total versé, hors taxes afférentes, par les assurés, adhérents ou souscripteurs au titre de l'ensemble des garanties entrant dans la catégorie «frais de soins» au sens du document prudentiel annuel dénommé «**état FR1402**» défini par l'ACPR.



Les frais de gestion

Les frais de gestion correspondent aux frais de gestion des sinistres, aux frais d'acquisition, aux frais d'administration et autres charges techniques nettes affectés aux garanties au sens du document prudentiel annuel dénommé «**état ACPR FR 13-03-01**» défini par l'ACPR.

Modalités de communication des ratios



Avant la souscription

Les informations relatives à la **rentabilité technique (ratio P/C)** et aux **frais de gestion (FG/C et composition des FG)** doivent être remis aux personnes physiques (opérations individuelles) ou morales (opérations collectives).

Ces informations doivent être **communiquées cumulativement** :

- sur tout bulletin de souscription ou d'adhésion
- ou sur un document annexé au contrat
- **et** sur tout devis ou proposition



Chaque année

Ces informations seront également communiquées :

- **Contrats et opérations individuels** : dans le même envoi que celui de l'avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation afférent à la garantie
- **Contrats collectifs obligatoires (accords ou conventions collectives, référendum, DUE)** : par un document sur support papier ou tout support durable adressé chaque année

Mentions obligatoires

La communication de la **rentabilité technique (ratio P/C)** et des **frais de gestion (FG/C et composition des FG)** doit être effectuée de manière **claire, lisible et intelligible** ainsi qu'**accompagnée des mentions suivantes** :



Rentabilité technique (ratio P/C)

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. »



Frais de gestion (FG/C et composition des FG)

« Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

Supports de communication des ratios

Phase précontractuelle



Phase annuelle



Ratios P/C et les frais de gestion

- Soit Bulletin d'adhésion
- Soit document annexé au contrat
- Et Proposition de contrat / Devis



Communication réputée satisfaite

- **Procédure recommandation** → lorsqu'apparaissent les ratios (P/C et FG/C et composition des FG) au titre de **l'année civile précédant la date de communication de ces informations** par un **organisme assureur retenu**
- **Hors procédure de recommandation** → ratios (P/C et FG/C et composition des FG) négociés avec l'employeur



Ratios P/C et les frais de gestion

- **Même envoi que l'avis d'échéance annuelle de cotisation** → contrats et opérations individuels
- **Document sur support papier ou tout support durable** → contrats collectifs obligatoires (accords ou conventions collectives, référendum, DUE)



Communication réputée satisfaite

- **Rapport adressé à l'employeur par l'organisme assureur** (art. 15 de la loi Evin) → contrats collectifs obligatoires
- Lorsqu'apparaissent de manière lisible, claire et intelligible, les informations suivantes :
- ratio P/C, « ratio du contrat »
 - ratio (FG/C et composition des FG) , « frais de gestion du contrat » correspondant à la période couverte par ce rapport
 - Et accompagnées des mentions obligatoires

La réforme **étend** les **missions** confiées à l'**Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie** (UNOCAM) qui doit s'assurer du **suivi** de la **mise en œuvre effective** par les organismes complémentaires d'assurance des services numériques (art. 4 de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019) :



Au plus tard avant le 1^{er} décembre 2020



Les **organismes complémentaires d'assurance** doivent proposer des **services numériques**

- ✓ Les bénéficiaires pourront **connaître en temps réel** leurs droits et garanties
- ✓ Les professionnels de santé, établissements et centres de santé **pourront accéder à ces informations** dans le **cadre du tiers payant**



Focus

Rappel des cas de résiliations existants

	CODE DES ASSURANCES	CODE DE LA MUTUALITE	CODE DE LA SECURITE SOCIALE
Résiliation à l'échéance annuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre, tout autre support durable ou moyen prévu aux articles L. 221-10-3 code mutualité, L.113-14 code des assurances, L. 932-21-3 code au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat ou règlement • Employeur/personne morale (collectif obligatoire et facultatif) • Salarié (collectif facultatif) • Assuré ou adhérent (individuel) • Organisme complémentaire d'assurance par lettre A/R au moins 2 mois avant la date d'échéance (sous conditions) • Date d'effet à l'échéance <p>(art. L. 113-12 code des assurances; art. L. 221-10 code de la mutualité; art. L. 932-12 code sécurité sociale)</p>		
Résiliation à réception d'avis d'échéance annuelle de prime/cotisation moins de 15 jours ou après la date limite du droit de dénonciation/résiliation Ou En cas d'absence ou de non-respect par l'OC de l'information de l'assuré/adhérent sur les conditions de résiliation à l'échéance	<ul style="list-style-type: none"> • 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis • Uniquement assuré ou adhérent en individuel • Délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • A tout moment à compter de la date de reconduction • Sans pénalités • Lettre, tout autre support durable ou moyen prévu aux articles L. 221-10-3 code mutualité, L.113-14 code des assurances, L. 932-21-3 CSS) • Date d'effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification <p>(art. L. 113-15-1 code des assurances ; L. 221-10-1 code de la mutualité ; art. L. 932-21-1 code sécurité sociale)</p>		
Résiliation en cas de changement de certaines situations personnelles <i>(lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les 3 mois suivant l'évènement ou la date de sa révélation (uniquement pour code mutualité) • Lettre A/R ou un envoi recommandé électronique • Uniquement assuré ou adhérent en individuel • Date d'effet 1 mois après réception de la notification par l'autre partie <p>(art. L. 113-16 code des assurances et art. L. 221-17 code de la mutualité)</p>		NON
Résiliation en raison de modifications contractuelles (collectifs facultatifs)	<ul style="list-style-type: none"> • Information par le souscripteur des modifications au minimum 3 mois avant la date d'entrée en vigueur • Dénonciation 1 mois suivant la remise (code mutualité) ou réception de la notice (code sécurité sociale) • Salarié en collectif facultatif <p>(art. L. 141-4 code des assurances ; art. L. 221-6 code de la mutualité ; art. L. art. L 932-18 code de la sécurité sociale)</p>		

Informations sur le « mandat » : Guide pratique

La FFA, la FNMF et le CTIP ont publié un **guide de bonnes pratiques** relatif à la **mise en œuvre** de la **résiliation infra-annuelle** des contrats complémentaires santé. Ce guide a pour **objet** de **partager**, au sein de la profession, les **modalités opérationnelles** et les **processus** permettant d'**unifier** et de **fluidifier** les **relations** entre le **nouvel** et l'**ancien organisme**, dans le cas où le souscripteur confie le processus de résiliation de son contrat complémentaire santé ou de dénonciation de son adhésion ou son affiliation au nouvel organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat.



Recueil du « *mandat* » ou de la « *manifestation expresse de volonté* » par l'organisme prenant

Peuvent figurer les informations suivantes

- Référence des organismes prenant et cédant
- Référence du contrat, de l'adhésion ou de l'affiliation
- Identification du souscripteur, le cas échéant l'accord de l'assuré pour une date de résiliation / adhésion différée
- La présence de ces informations ne présente aucun caractère obligatoire



Transmission du « *mandat* » ou de la « *manifestation expresse de volonté* » par l'organisme prenant à l'organisme cédant

Transmission, au cas par cas, sur demande de l'organisme cédant à l'organisme prenant

- Dans un souci de fluidité, cette transmission est effectuée dans les meilleurs délais à réception de la demande adressée par l'organisme cédant
- En cas de difficultés, les échanges se poursuivent entre organismes prenant et cédant



Informations échangées entre organismes : Guide pratique



- L'**envoi recommandé électronique** est à privilégier par les organismes
- La notification de la résiliation ou de la dénonciation par lettre recommandée papier demeure possible
- La **notification** est **adressée obligatoirement** à l'**adresse** renseignée par l'**organisme cédant** pour le processus de résiliation ou de dénonciation, **inscrite** dans le **registre de contacts partagés** dès lors que celui-ci est mis en place et lorsque l'organisme y figure. Ce registre est renseigné par les organismes de complémentaire santé qui indiquent une ou deux adresses postales et/ou une ou deux adresses électroniques génériques, dédiées à la résiliation infra-annuelle pour les relations entre organismes
- A défaut, l'avis d'échéance ou l'avis annuel de cotisations de l'organisme cédant peut constituer un indicateur utile de l'adresse d'envoi de la notification



Informations échangées entre organismes : Guide pratique

La notification de dénonciation ou de résiliation comporte également des informations non prévues par le décret comme faire figurer la mention « *Demande de résiliation infra-annuelle santé* » (en objet ou dans le texte) :



Identification nouveau / ancien organisme

Nouvel organisme

- Dénomination sociale
- Numéro d'immatriculation au répertoire SIRENE
- L'ensemble des mentions obligatoires selon la législation applicable à l'organisme prenant (ex : pour les mutuelles, « Mutuelle ou union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité »)

Ancien organisme

- Dénomination sociale
- Numéro d'immatriculation au répertoire SIRENE



Identification du souscripteur

Personne physique (contrat individuel et contrat collectif facultatif)

- Nom d'usage, nom de naissance, prénom(s)
- Adresse
- Date de naissance

Personne morale (contrat collectif facultatif et contrat collectif obligatoire)

- Dénomination sociale
- Adresse du siège social
- Numéro d'immatriculation au répertoire SIRENE et/ou SIRET



Informations supplémentaires

- Référence du contrat à résilier ou de l'adhésion ou affiliation à dénoncer
- Date d'effet de la résiliation ou de la dénonciation. Elle prend effet à la date indiquée à 24h00
- Mention concernant la date d'effet du nouveau contrat : « *La date de prise d'effet du nouveau contrat est le lendemain de la date d'effet de la résiliation à 00 h 00* » ou « *[date de prise d'effet du nouveau contrat] à 00h00* »
- Coordonnées du contact suivant le dossier au sein de l'organisme prenant





Date de réception de la notification

- **L'ancien organisme s'engage à ne pas contester un écart de 3 jours** entre la date de résiliation mentionnée par le nouvel organisme dans le courrier de notification et la date de prise d'effet de la résiliation ou de la dénonciation d'1 mois plus 1 jour à compter de la date d'envoi de la notification telle que prévue les textes réglementaires.
- Cet écart de 3 jours s'applique aussi bien si la date mentionnée dans le courrier de notification est antérieure ou postérieure à celle qui résulte du calcul d'1 mois plus 1 jour à compter de la date l'envoi de la notification.
- Dans ce cas, c'est la date de prise d'effet de la résiliation ou de la dénonciation qui figure sur le courrier de notification du nouvel organisme qui est prise en compte par l'ancien organisme dès lors que cette date se situe dans la marge de plus ou moins 3 jours.
- **L'ancien organisme s'engage à mettre à jour le flux Noemie à la date de résiliation de l'ancien contrat ou de la dénonciation de l'ancienne adhésion ou affiliation, et ce afin de permettre au nouvel organisme d'exécuter ses obligations contractuelles.**



Possibilités de prévoir une date d'effet différente

- **En cas de demande ou accord exprès du souscripteur**, la date mentionnée dans le courrier de notification peut être postérieure à celle qui résulte du calcul d'1 mois plus 1 jour à compter de la date d'envoi de la notification :
 - Ex : dans le cadre des contrats collectifs obligatoires le « mandat » ou un autre document donné par l'entreprise souscriptrice au nouvel organisme peut fixer la date de prise d'effet de la résiliation à la fin du mois civil au cours duquel survient l'expiration du délai d'1 mois
 - Ex: idem si le souscripteur, souhaite anticiper les démarches par le report de la prise d'effet du nouveau contrat à une date postérieure au mois plus 1 jour à compter de la date d'envoi de la notification
- Dans ce cas, le nouvel organisme fixe, dans la notification adressée à l'ancien organisme, des dates conformes à la demande exprimée.
- L'ancien organisme peut demander la transmission du document mentionnant la demande ou accord exprès du souscripteur reportant la date de prise d'effet du nouveau contrat.
- Cette demande de report ne peut excéder la fin du mois civil au cours duquel survient l'expiration du délai d'1 mois.
- Si l'ancien organisme est en désaccord avec la date d'effet de la résiliation figurant dans la notification qui lui est transmise, il en informe dans les meilleurs délais le nouvel organisme.





GROUPE
vyv

Contact

Fatima DEHAK

fatima.dehak@groupe-vyv.fr

Nicolas MOREL

nicolas.morel@groupe-vyv.fr



Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 532 661 832, numéro LEI 969500E0I6R1LLI4UF62.
Siège social : Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15.